

Patient: _____ **Matricule:** _____

Madame, Monsieur le Docteur,

Ce patient a été adressé au CDV en raison de difficultés fonctionnelles pouvant être liées à la vision. Afin d'évaluer le retentissement d'un éventuel problème visuel sur ses activités quotidiennes et/ou professionnelles et pour répondre au mieux à ses besoins, nous vous prions de bien vouloir nous informer sur ses capacités visuelles.

Nous vous remercions pour votre aimable collaboration.

Frank Groben
directeur

RAPPORT OPHTALMOLOGIQUE

1. DIAGNOSTIC



SUPPOSÉ



AVÉRÉ

☐ pathologie ophtalmologique :

☐ pathologie neuro-ophtalmologique :

☐ autre(s) :

Evolutivité : ☐ stable ☐ imprévisible ☐ aggravation

Traitement :
.....

2. RÉFRACTION OCULAIRE (DATE DE L'EXAMEN : _____)

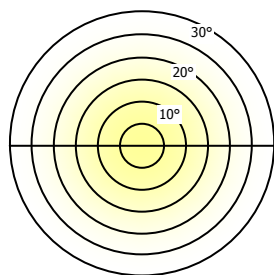
Réfraction sous cycloplégie	OD :	OG :
Correction prescrite (si ≠ cycloplégie)	OD :	OG :
Type de correction	☐ verres/ LC unifocaux ☐ verres /LC bifocaux /progressifs ➡ puissance addition : _____d. ☐ verres particuliers (filtre optique, verres teintés ...) : ☐ autres (implant...) :	
Aide visuelle grossissante	Type :	

3. ACUITÉ CORRIGÉE

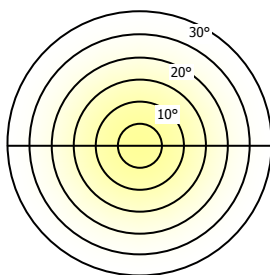
	De Loin	De Près
	Test utilisé : _____ distance : _____	Test utilisé : _____ distance : _____
OD :		
OG :		
ODG :		

4. CHAMP VISUEL (JOINDRE UN RELEVÉ)

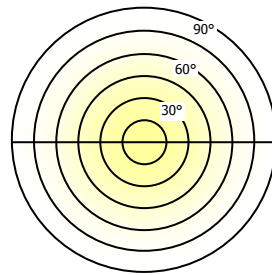
☐ Atteinte centrale ☐ Atteinte mixte ☐ Atteinte périphérique



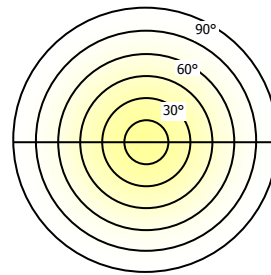
OG



OD



OG



OD

Répercussions fonctionnelles (lecture...) :

.....
.....

Répercussions fonctionnelles (mobilité, sport) :

.....
.....

5. ALTÉRATION DE LA VISION DES COULEURS

6. ALTÉRATION DE LA SENSIBILITÉ AUX FAIBLES CONTRASTES

☐

non

☐

oui

7. SENSIBILITÉ PARTICULIÈRE À LA LUMIÈRE

Photophobie : ☐ non ☐ oui ➔ Protection (filtre, teinte...) :

Héméralopie : ☐ non ☐ oui

8. DÉSÉQUILIBRE OCULO-MOTEUR

Strabisme

Vision binoculaire/stéréoscopie

Traitement d'amblyopie (type/rythme)

Nystagmus

Blocage du nystagmus / torticolis

Autre(s) (paralysie O-M, paralysie de fonction)

9. CONTRÔLES MÉDICAUX

Dernière consultation : _____ Rythme : _____

Le patient a-t-il réalisé des examens électro-physiologiques complémentaires (ERG, PEV...) :

.....

10. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Merci de bien vouloir nous communiquer toute information complémentaire utile à l'entourage pédagogique

(activité(s) à éviter...) :

.....

Date: _____ Signature: _____ Chachet _____